

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Alice Yassuko Kato

CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE MODELO ÚNICO DE ACOLHIMENTO
MULTIPROFISSIONAL EM CAPS

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Alice Yassuko Kato

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Curso de especialização em Linhas de Cuidados em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

Profa. Edilaine C. Silva Gherardi Donato

FLORIANÓPOLIS (SC)

2014

FOLHA DE APROVAÇÃO

O trabalho intitulado CRIAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DE MODELO ÚNICO DE ACOLHIMENTO MULTIPROFISSIONAL EM CAPS de autoria da aluna Alice Yassuko Kato foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado APROVADO no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem –Saude Mental -Caps

Profa. Dra. Edilaine C. Silva Gherardi Donato
Orientadora da Monografia

Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Curso

Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)
2014

Agradecimentos:

A Universidade Federal de Santa Catarina e seus docentes pela oportunidade.

A Monica Motta Lino e Daiana Kloh, nossas tutoras.

A minha orientadora Edilaine C. Silva Gherardi Donato.

Aos meus amigos e colegas de estudo com quem muito aprendi nestes últimos meses

A prefeitura Municipal de São Paulo por esta parceria que tanto nos engrandeceu.

A Deus por ter me proporcionado saúde e forças por mais esta conquista.

Aos meus familiares pela paciência e compreensão.

Resumo:

O acolhimento é realizado por vários profissionais, cada qual em sua área de atuação e interesse. Durante a reunião de equipe, na discussão dos casos de acolhimento, surgem divergências e/ou conclusões diferentes sobre o caso em questão, que pode decorrer de falta de informações, de questões pouco aprofundadas e/ou falha na coleta de dados, gerando a necessidade de um novo acolhimento para esta finalidade.

Para desenvolver este trabalho, pretendo realizar uma entrevista com cada categoria profissional que realiza acolhimento no CAPS e após esta pesquisa, elaborar um instrumento de acolhimento que contemple os aspectos específicos de cada área.

Na realização da revisão bibliográfica, não foi encontrado nenhum impresso próprio para a realização de acolhimento por todos os profissionais de saúde. Seria importante criar e implantar um modelo único de acolhimento para a equipe multiprofissional que atua no CAPS.

Palavras chave: Caps, acolhimento, saúde mental.

Lista de Siglas:

SUS-Sistema Único de Saúde.

Caps-Centro de Atenção Psicossocial.

PNH-Política Nacional de Humanização

MS-Ministério da Saúde

PNHSH- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

FIOCRUZ-Fundação Oswaldo Cruz

ONU- Organização das Nações Unidas

UERJ-Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Sumario:

1 - INTRODUÇÃO.....	8
2 - OBJETIVOS.....	8
2.1 - Objetivo Geral.....	8
2.2 - Objetivos Específicos.....	8
3 - DIAGNÓSTICO DA REALIDADE.....	9
4 - TEORIZAÇÃO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
4.1 - Contexto Histórico.....	10
4.2 - Acolhimento.....	12
4.3 - Acolhimento na Equipe Multiprofissional.....	13
5 - PLANO DE AÇÃO / APLICAÇÃO NA REALIDADE.....	16
6 - RESULTADOS ESPERADOS.....	16
7 - CRONOGRAMA	17
8 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	17
9 - APÊNDICES.....	20

1 - INTRODUÇÃO

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa Convergente Assistencial (PCA) a qual requer que seja desenvolvida no espaço onde ocorrem as relações sociais. É compreendida e realizada em articulação com as ações que envolvem pesquisadores e demais pessoas representativas da situação a ser pesquisada em uma relação de cooperação mútua. Portanto, o lugar utilizado para o desenvolvimento desta pesquisa foi o CAPS Infantil II da região sul da cidade de São Paulo, o qual atende a área territorial Santo Amaro e Campo Limpo, com a participação dos profissionais de saúde que trabalham neste CAPS, todos de nível superior e que realizam acolhimento. Para a coleta de dados serão utilizados questionários semiestruturados com as seguintes perguntas:

- 1- Quando você realiza o acolhimento, segue um roteiro pré-estabelecido?
- 2- Você considera adequado/completo o impresso existente? O que mudaria?
- 3- Na reunião de equipe, você considera que os dados colhidos durante o acolhimento foram suficientes para discussão do caso?
- 4- Você utilizaria um novo modelo de acolhimento que contemple a equipe como um todo?

A análise dos dados seguirá os quatro processos da Pesquisa Convergente Assistencial: apreensão, síntese, teorização e transferência.

2 - OBJETIVOS

2.1 - Objetivo Geral

- Criar e implantar um modelo único de acolhimento para a equipe multiprofissional que atua no CAPS

2.2 - Objetivos Específicos

1. Conhecer, segundo a percepção de cada profissional de saúde, as dificuldades na realização do acolhimento no CAPS, quanto ao uso de um roteiro/impresso pré-estabelecido

2. Identificar as diferenças entre os saberes dos profissionais quanto ao acolhimento, o que cada um gostaria de alterar no impresso existente/novo
3. Compilar os dados colhidos e criar um impresso/roteiro único de acolhimento para utilização por todos os profissionais, a fim de garantir o direito e a qualidade do atendimento adequado

3 - DIAGNÓSTICO DA REALIDADE

O acolhimento é realizado por vários profissionais, cada qual em sua área de atuação e interesse. Durante a reunião de equipe, na discussão dos casos de acolhimento, surgem divergências e/ou conclusões diferentes sobre o caso em questão, que pode decorrer de falta de informações, de questões pouco aprofundadas e/ou falha na coleta de dados, gerando a necessidade de um novo acolhimento para esta finalidade.

Para desenvolver este trabalho, pretendo realizar uma entrevista com cada categoria profissional que realiza acolhimento no CAPS e após esta pesquisa, elaborar um instrumento de acolhimento que contemple os aspectos específicos de cada área e que possa ser utilizada por todos os profissionais no momento do acolhimento, isto é, uniformizar as informações, a fim de evitar, por exemplo, um re-acolhimento apenas para complementação de informações

Na realização da revisão bibliográfica, não foi encontrado nenhum impresso próprio para a realização de acolhimento por todos os profissionais de saúde. Ao verificar como era realizado o acolhimento, foi constatado que acolher era mais que realizar uma simples triagem, era uma mudança do paradigma no atendimento em saúde, pois receber o outro enquanto sujeito, alteram-se as relações, uma vez que ambos são detentores de direitos e deveres, onde, entre o usuário e profissional de saúde não existia relação de poder e sim uma relação mais humanizada.

Segundo a Cartilha da PNH, sobre Acolhimento com avaliação e classificação de risco (MS- 2004), o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções.

Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como

uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde.

O acolhimento como dispositivo tecno-assistencial permite refletir e mudar os modos de operar a assistência, pois questiona as relações clínicas no trabalho em saúde, os modelos de atenção e gestão e as relações de acesso aos serviços. A avaliação de risco e vulnerabilidade não pode ser considerada prerrogativa exclusiva dos profissionais de saúde, o usuário e sua rede social devem também ser considerados neste processo. Avaliar riscos e vulnerabilidade implica estar atento tanto ao grau de sofrimento físico quanto psíquico, pois muitas vezes o usuário que chega andando, sem sinais visíveis de problemas físicos, mas muito angustiado, pode estar mais necessitado de atendimento com maior grau de risco e vulnerabilidade

4 - TEORIZAÇÃO/FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 - CONTEXTO HISTÓRICO

O momento atual da saúde brasileira advém do movimento sanitário brasileiro somado ao movimento político e social da democratização no país nas últimas décadas do século XX, esse processo criou condições para um novo contexto histórico, onde o cidadão-usuário começa a se conscientizar de seus direitos.

Segundo Teixeira, no campo da saúde, esse processo fundamentalmente ético-político viria a se traduzir não apenas num conjunto importante de regulamentações jurídico-legais, mas sobretudo numa série de políticas públicas. A presença e participação do povo começou a colocar novos desafios para técnicos, gestores, pesquisadores e profissionais de saúde, para que se construa a cidadania e o espírito democrático de fato.

A Constituição Federal de 1988 incorporou as principais propostas da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), marco histórico do processo da Reforma Sanitária Brasileira, tratando a saúde como direito de todos e dever do Estado e criando o Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde (LOS) nº 8.080/90 e nº 8.142/90, o SUS emerge como um mecanismo regido por princípios e diretrizes com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população,

tornando universal o atendimento público a todos os cidadãos, e redemocratizando o espaço social da saúde no Brasil.

O Movimento da Reforma Sanitária imprimia em suas reivindicações um caráter humanizado para as novas práticas em saúde. Com a aprovação das diretrizes da Reforma Sanitária, na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, e sua institucionalização na Constituição Federal de 1988, a estruturação do SUS inaugurou o reordenamento teórico, paradigmático e operacional da saúde (REIS; MAZINA; GALO, 2004).

O atual modelo de atenção à saúde preconizado tem, em tese, os instrumentos para produzir um novo modo de agir em saúde, no qual a lógica seria invertida, isto é, não esteja mais centrada na produção de procedimentos, mas na produção social da saúde e na atenção à saúde estruturada em ações individuais e coletivas de promoção a saúde, prevenção de doenças e reabilitação (MENDES, 1999). Os maiores desafios relacionam-se à estruturação deste novo modelo que realize, de fato, suas ações em sintonia com os princípios da universalidade, igualdade e integralidade. Almeja-se a melhoria na qualidade da atenção e aumento da resolutividade nos serviços.

Neste sentido, são enfatizadas as ações de primeiro nível de atendimento à saúde do SUS, a Atenção Básica, com a finalidade de reverter a lógica do modelo dominante, centrado na doença e nas ações curativas. Deste modo, as políticas implementadas buscam ordenar o sistema nessa nova configuração, sendo indicada como estratégia prioritária de organização da Atenção Básica no SUS, a Estratégia Saúde da Família, o que se efetiva mais claramente na Política Nacional de Atenção Básica instituída desde 2006.

Contudo, os avanços ocorridos na saúde pública no Brasil em mais de duas décadas da Implantação do SUS ainda convivem com problemas de diversas ordens. Início enfrentando uma realidade política e econômica adversa, que gerou o seu de financiamento progressivo, com a consequente falta de recursos, uma vez que a Constituição de 1988 previa que a verba para o SUS seria de 30% do orçamento da seguridade social, porém a União reduziu gradativamente o seu financiamento para a saúde nesse período, além da falta de reequipamento das unidades, que funcionavam com precariedade, e a baixa remuneração dos profissionais e/ou jornada reduzida de baixa qualidade. Uma outra questão muito importante é a interferência política na implantação do SUS, com prevalência de interesses corporativos, clientelistas e

financeiros de representações Privadas e do Governo, nas esferas municipais, estaduais e federais.

Apesar das críticas, várias conquistas veem ocorrendo a partir de sua implantação, como por exemplo: a queda da mortalidade infantil, o aumento da expectativa de vida, o aumento da capacidade de gestão, a multiplicação de profissionais mais capacitados e a melhora do sistema de informações, através da escuta qualificada, com conhecimento mais claro sobre as necessidades e os problemas da população atendida.

O desafio do nosso país é tornar a saúde uma real prioridade de governo, pois todas as pesquisas de opinião mostram que a saúde é um dos principais problema da população. Para isso é preciso que o SUS se firme definitivamente como um sistema com financiamento adequado, uma gestão profissionalizada e compartilhada entre todos os níveis de poder e com política de recursos humanos que valorize os profissionais.

O tema da humanização na saúde ganhou um novo *status*, segundo Desandes (2004) com a regulamentação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHSH), no ano 2000. O Ministério da Saúde, em 2004, expandiu este projeto para todos níveis de atenção ao implantar a Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) ou “HUMANIZA SUS”. Seu marco teórico-político configura-se em torno da humanização das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS, como uma dimensão fundamental do sistema, devendo operar transversalmente em toda rede do SUS. Humanização na saúde deixa de ser fragmentada em Programas e passa a ser uma política transversal que perpassa diferentes ações e instâncias gestoras do SUS.

Benevides e Passos (2005) destacam que o risco em tornar a humanização como mais um Programa seria o de operacionalizar normativas exaltando o modo vertical das relações, estando pautado em ações a serem cumpridas e em metas a serem alcançadas, esquecendo-se da resolutividade e qualidade dos serviços.

4.2 - ACOLHIMENTO

Enquanto dispositivo de uma Política de Humanização dos serviços de saúde, o Acolhimento denota a ação humana de reconhecer a dimensão subjetiva do ser humano, Reconhecendo-o como sujeito histórico, social e cultural. Esta estratégia ultrapassa os limites técnico-operacionais de uma atividade programada e tange as esferas dos valores

éticos. O Acolhimento pressupõe a mobilização de gestores, profissionais e usuários para todos os aspectos das relações que se estabelecem no âmbito da saúde.

O Acolhimento enquanto estratégia foi elaborado desde as propostas de reorientação da atenção à saúde, constituindo-se como uma diretriz do modelo técnico-assistencial (diretriz operacional do PNH). O acolhimento propõe reorganizar o serviço no sentido de oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário... deslocando o eixo central do médico para uma equipe multiprofissional que se compromete na resolução, bem como, na busca da qualificação da relação trabalhador- usuário que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 2004).

Teixeira (2005) elaborou um estudo sobre os sentidos da humanização na produção dos cuidados primários de saúde que traz à tona um significado de acolhimento para além do conceito de atividade de recepção nos serviços. O Acolhimento é proposto como uma técnica de conversa operada por qualquer profissional em qualquer momento do atendimento “acolhimento dialogado, onde o diálogo se orienta em busca de conhecer as necessidades do usuário e dos modos/melhor modo de satisfazê-las, o acolhimento em um serviço de saúde é entendido como uma rede de conversações entre usuários e trabalhadores, que inicia-se e é realizada continuamente dentro do serviço em seus vários espaços.

Já Silva Jr & Mascarenhas (2004), denominam acolhimento como uma postura, na atitude da equipe em receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, rearticulando o serviço em torno das demandas identificadas.

Surge assim, a necessidade da criação de um modelo único para que a equipe que realiza os acolhimentos o façam com informações objetivas, claras e o mais completo possível, como forma de evitar retornos desnecessários apenas para complementar informações. Com isso, a elaboração do Projeto Terapêutico Singular (PTS) pode ser realizada de forma a contemplar as suas demandas na sua integralidade.

4.3 - ACOLHIMENTO NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

O Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2002) ratifica a criação de rede de atenção à saúde mental e reabilitação psicossocial. Com a portaria de nº 336/02 foram criados os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) como recurso

substitutivo dos leitos de hospitais psiquiátricos e como lugar de produção de um novo modelo de assistência, onde se busca a autonomia do sujeito-protagonista, envolvimento familiar e dos recursos da comunidade.

É um serviço aberto e comunitário do Sistema Único de Saúde (SUS), é local de referência e tratamento de pessoas que sofrem transtornos mentais, psicoses, neuroses e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência, justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo, comunitário, personalizado e promotor de vida.

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população em sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a inserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Segundo Mendes-Gonçalves, o trabalho no Brasil tem como referencial teórico de linha marxista (Marx 1994), onde cada elemento do processo de trabalho executa as atividades próprias de sua área profissional, transformando objeto em produto.

A fragmentação do processo de trabalho divide as relações entre os gestores, os trabalhadores da saúde e os usuários, fragilizando o trabalho em equipe e a dimensão subjetiva nas práticas de atenção (BRASIL, 2006).

Habermas afirma que a divisão técnica do trabalho, introduz o fracionamento de um mesmo processo de trabalho, e que ocorre simultaneamente a divisão social, onde as interações entre os elementos ocorrem de maneira coordenada. Isto é, segundo Schraider e Peduzzi, os profissionais exercem autonomia técnica, utilizando-se de liberdade de julgamento e tomada de decisão frente às necessidades de saúde do usuário. As variadas autonomias dirão respeito à maior ou menor autoridade técnica, socialmente legitimada e não apenas tecnicamente estabelecida, das distintas áreas profissionais e da correlata amplitude da dimensão intelectual do trabalho.

Ainda segundo Peduzzi, existem dois tipos de equipes: como agrupamento de agentes e como integração de trabalhos; sendo a primeira, fragmentada e a segunda atende à proposta de integralidade das ações, que se articulam e há interação entre os agentes. Mesmo assim existem diferenças técnicas do trabalho especializado e desigualdade de valores, onde estão presentes tensões entre as diversas concepções, os exercícios de autonomia técnica, hierarquização dos trabalhos e a complementaridade objetiva dos conhecimentos. A flexibilidade da divisão deve coexistir com ações privativas de cada área profissional e de ações comuns a todos os profissionais.

Para o Serviço Social, o acolhimento faz parte do processo interventivo que se caracteriza essencialmente pelo caráter educativo, sendo um espaço privilegiado para a educação em saúde; na busca pela garantia ao atendimento integral às necessidades dos usuários, ou seja, objetiva, sobretudo a garantia dos direitos sociais, civis e políticos; e para o acesso às Políticas Públicas como afirmação da cidadania. Considera-se que a construção de vínculos entre profissional e usuário é essencial para a garantia do acesso a todos os níveis de atenção, o que implica na democratização dos espaços públicos relativos especialmente, à saúde. O acolhimento e a construção de vínculo são realizados na perspectiva da humanização que significa reconhecer o usuário enquanto sujeito de direitos, como ser político, sócio histórico, que sofre as consequências diretas das expressões da questão social, oriunda de uma sociedade desigual. Tem na defesa dos direitos dos usuários um dos focos principais de intervenção. Dessa forma é que ocorre a humanização da relação entre o usuário e o profissional Assistente Social e não como ação aprisionada por uma ideia de “humanização” vinculada ao “tratar bem”, uma banalização da relação entre os sujeitos, sem maior aprofundamento na perspectiva do direito, da reflexão do conceito de humanização, apenas uma prática que percebe o usuário como “coitadinho”. O Assistente Social, técnico privilegiado da relação humana, necessita estar na contramão desse processo e, por meio das ações socioeducativas, estar atento para a mudança do paradigma, por estar ciente de algumas mazelas presentes em um processo de aprisionamento, cooptação e capitalização do sujeito por um poder instituído. (FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.)

O Terapeuta Ocupacional é um profissional que tem sua atuação voltada para o campo da atividade humana, contemplando ações essenciais relativas ao autocuidado, lazer, educação e trabalho. Esta atividade é entendida enquanto espaço para criar, recriar e reproduzir um mundo humano, cujo processo envolve simbolismo, intenções, desejos e necessidades. Essas ações auxiliam na ambiência para um acolhimento mais aprofundado, onde o usuário através de suas expressões consegue transmitir o que se passa no seu íntimo, não expostas verbalmente, por muitas vezes não saber expressá-lo. Nassif (1998 apud Castro e Silva 1990) menciona que o fazer da pessoa reflete o seu ordenar íntimo.

Castro e Silva (1990) abordam uma forma de entendimento da Terapia Ocupacional que supõe o uso da atividade a partir do processo criativo, possibilitando promover o contato entre os aspectos subjetivos e objetivos da realidade do indivíduo. Nesse contexto, abre-se espaço para o aparecimento de formas de expressão mais

integradoras de sua personalidade. O Terapeuta Ocupacional identifica, analisa e interpreta as desordens da dimensão ocupacional do ser humano e utiliza como instrumento de intervenção as diferentes atividades humanas quais sejam as artes, o trabalho, o lazer, a cultura, as atividades artesanais, o autocuidado, as atividades cotidianas e sociais, dentre outras (BRASIL, 2002)

Quanto aos profissionais de psicologia, medicina e enfermagem muitos ainda seguiam o modelo biomédico tradicionalista e hegemônico, com foco na doença e não no sujeito. O médico preferia uma abordagem medicamentosa, o psicólogo priorizava a conduta terapêutica sem articulação entre as práticas. O profissional médico passa a ser um ator equivalente aos demais da equipe de trabalho. (Abuhab, et al – 2005) Os profissionais de enfermagem passam a assumir uma nova postura, voltando-se para um relacionamento de trocas entre o usuário, família e comunidade. A reunião técnica pode ser um espaço de discussão onde existe essa troca de saberes e a tomada de decisão da equipe quanto às ações de saúde.

5 - PLANO DE AÇÃO / APLICAÇÃO NA REALIDADE

- 1) - Realizar uma pesquisa/entrevista semiestruturada junto aos profissionais que atuam no CAPS e que realizam acolhimento, no período de 21/04/2014 ao dia 06 /07/2014.
- 2) - Utilizar um instrumento para a coleta de dados.
- 3) – Formular um modelo de acolhimento-base e à cada entrevista, realizar alterações no impresso

6 - RESULTADOS ESPERADOS

- 1) Disponibilização do instrumento/modelo construído coletivamente para utilização por todos os profissionais da equipe.
- 2) Avaliação contínua da efetividade do instrumento para realização do acolhimento junto aos profissionais da equipe.
- 3) Realização de alterações no layout do impresso sempre que necessário e com anuência dos profissionais

7 - CRONOGRAMA

21/04/2014 à 06/05/2014 - Criação de um modelo de acolhimento multiprofissional e confecção de cópias controladas para alterações do layout.

07/05/2014 à 07/06/2014 - Aplicação de pesquisa/entrevista.

08/06/2014 à 06/07/2014 - Condensação das alterações no instrumento-modelo

8 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Brasília, 2006a.

Acessado em 06/01/2014 Disponível em:

:<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/legislacao/portaria_648_28_03_2006.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização HUMANIZASUS – Documento Base. Brasília, 2006. In: PASSOS, Eduardo (Org.). Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília; 2009.

ABUHAB, D, Santos ABAP, Messenberg CB, Fonseca RMGS, Aranha e Silva et AL. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. Rev. Gaúcha Enferm. Porto Alegre (RS)2005 dez:26(3):369-80.

BENEVIDES, R. & PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Cadernos de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

CARVALHO, Brígida Gimenez; PETRIS, Airton José; TURINI, Bárbara. Controle social em Saúde. In: ANDRADE, Selma Maffei de e SOARES, Darli Antônio e CORDONI Jr., Luiz(Org.). Bases da Saúde Coletiva. Ed. Uel, 2001. p.93-109.

CASATE, Juliana Cristina e CORREA, Adriana Katia. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*. jan./fev. 2005, vol.13, no.1, p.105-111.

COHN, Amélia; Elias, Paulo Eduardo M. Saúde no Brasil. Políticas e organização dos serviços. 6 Ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2005.

CASTRO, E.D; SILVA.J.G. Processos criativos e Terapia Ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional*. USP, São Paulo, 1(2), 1990.p.71-75

DESLANDES, Suely Ferreira. O projeto ético político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. Mar/ago. 2005. v.9 n.17 p. 389-406.

_____Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar
FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva; MERHY, Emerson Elias. O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). In: MERHY, Emerson Elias et al (Org.). O trabalho em saúde olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2 Ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP. In: MERHY, E. E. et al. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003, p. 135-16.

FARIAS, L.C. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a atenção à saúde do usuários Florianópolis: UFSC, 2007.

HABERMAS, J. Consciência moral e agir comunicativo. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989

MACHADO, M. C. Rumo ao objeto da Terapia Ocupacional. Belo Horizonte, Ed: Cuatiara, 1991. 86 pg. P 39 e 40

MARK, K. O Capital . 14ª ed. São Paulo: Bertrand Brasil; 1994. v.1.

MATTOS, Ruben Araújo de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de (Orgs). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MENDES, Eugenio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, Eugenio Vilaça (Org.). Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3 Ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

MERHY, Emerson Elias. A saúde pública como política. Um estudo de formuladores de políticas. São Paulo: HUCITEC, 1992.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – ONU. Declaração universal dos direitos humanos. 1948. Disponível em: <http://www.onubrasil.org.br/documentos/direitos_humanos.php>. Acessado em 06/01/2014

PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

RAMOS, Donatela Dourado e LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cadernos de Saúde Pública. jan./fev. 2003, vol.19, no.1, p.27-34.

REIS, Alberto O. Advincula; MARAZINA, Isabel Victoria; GALLO, Paulo Rogério. A humanização na saúde como instância libertadora. Saúde e Sociedade. Set-dez 2004. v 13 n 3 p.36-43

SCHRAIBER, LB, Peduzzi M. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. Educ. Méd. Salud 1993; 27:295-313

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes da; MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de (Orgs). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2004. p. 241-258.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e atenção primária à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. jul./set. 2005, vol.10, n.3, p.585-597.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). Reforma sanitária. Em busca de uma teoria. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1989. p.17-46.

TEIXEIRA, RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In : Pinheiro R ,Matos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO;2003. p.49-61.

9 - APÊNDICES:

- 1 - Modelo de entrevista de acolhimento
- 2 - Novo Modelo de entrevista de acolhimento - 2014